

福岡在宅医療 ^{ことはじ} 事始め ～さあ始めよう在宅医療～
【会場参加者用 申込書】

所属先：

1	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日
	医籍登録番号	
	所属医師会	
2	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日
	医籍登録番号	
	所属医師会	
3	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日
	医籍登録番号	
	所属医師会	

参加申込 **〓切：令和7年2月3日（月）**

(1) 会場参加の場合

上記申込書により、①福岡県医師会宛にFax (092-411-6858) 又は
②右記の二次元コードよりお申込みください。



(2) Web参加の場合

URL (https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_1CQIAZh9SEuEC0F0k2piUA)

又は右記二次元コードより申込みください。

※Web参加の場合の留意事項については、開催要綱をご参照ください。



会場のご案内▶

【お問合せ先】

福岡県医師会地域医療課

〒812-8551

福岡市博多区博多駅南2-9-30

Tel : 092-431-4564

Fax : 092-411-6858

E-mail : fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

